



CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA COLECTIVO VIDA

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA SE PRODUCE EL FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA LEGALMENTE COMPROBADO DEL ASEGURADO, POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, QUIÉN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ POSITIVA, PAGARÁ A SUS BENEFICIARIOS LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA INDICADA EN EL CERTIFICADO DE SEGURO PARA LOS AMPAROS EXPRESAMENTE ESTIPULADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA. ASÍ MISMO, PARA LAS DECLARACIONES QUE APAREZCAN EN LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO, EXÁMENES MÉDICOS Y COMPLEMENTARIOS, POR PARTE DE LOS ASEGURADOS COMO POR EL TOMADOR; DECLARACIONES QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO DE SEGURO.

1. AMPAROS

1.1. AMPARO BÁSICO:

- MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

1.2. AMPAROS ADICIONALES:

- AUXILIO FUNERARIO
- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PAGO DE CAPITAL
- ENFERMEDADES GRAVES ANTICIPO DEL BÁSICO

2. EXCLUSIONES

NO ESTÁN CUBIERTOS BAJO LA PRESENTE PÓLIZA LOS SIGUIENTES HECHOS:

2.1 EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO BÁSICO Y AUXILIO FUNERARIO:

- 2.1.1** ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES CONOCIDOS POR EL ASEGURADO QUE NO HAYAN SIDO DECLARADOS AL INGRESO A LA PÓLIZA.

2.2 EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

- 2.2.1** CUANDO EL PROCESO DE CALIFICACIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HAYA INICIADO ANTES DEL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA POR PRIMERA VEZ.
- 2.2.2** LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE OCASIONADA POR LOS ACCIDENTES QUE SOBREVENGAN DE LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR ENERGÍA ATÓMICA.
- 2.2.3** LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE OCURRA COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDAD A NIVEL AFICIONADO O PROFESIONAL.
- 2.2.4** LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE PRACTICAR DEPORTES O ACTIVIDADES NOTORIAMENTE PELIGROSAS, LAS CUALES INCLUYEN, PERO NO SE LIMITAN A: ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PARACAIDISMO, VUELO EN ALAS DELTA, PARAPENTE, BUNGEE JUMPING, TOREO, ENTRE OTROS.

- 2.2.5 LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE OCASIONADA POR LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN RIÑAS Y/O PELEAS.
 - 2.2.6 LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE OCASIONADA POR EL USO POR PARTE DEL ASEGURADO DE AERONAVES Y ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PASAJERO, PILOTO O TRIPULANTE, ESTUDIANTE DE PILOTAJE O MECÁNICO DE AVIACIÓN, SALVO QUE SE ENCUENTRE COMO PASAJERO DE UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA O AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
 - 2.2.7 LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTES OCURRIDOS CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE, BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
 - 2.2.8 LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO O LAS LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE A SÍ MISMO, ESTANDO EL ASEGURADO O NO EN USO NORMAL DE SUS FACULTADES MENTALES.
- 2.3 *EXCLUSIONES APLICABLES PARA EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES:*
- 2.3.1 ENFERMEDADES DERIVADAS O RELACIONADAS CON EL VIRUS DE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
 - 2.3.2 LESIONES PRE-MALIGNAS INCLUIDO EL MELANOMA MALIGNO EN ESTADO IN SITU, LOS TUMORES MALIGNOS DE PIEL (EXCEPTO MELANOMA MALIGNO INVASIVO), Y LOS TUMORES EN PRESENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
 - 2.3.3 CÁNCER EN LA ETAPA 0 (INSITU) DIFERENTES AL CÁNCER DE MAMA Y DE PRÓSTATA
 - 2.3.4 LAS ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y/O PREEXISTENTES DE LAS CUALES EL ASEGURADO TENGA CONOCIMIENTO AL MOMENTO DE TOMAR EL SEGURO Y QUE NO HAYAN SIDO DECLARADAS AL INICIO DEL SEGURO, O EN CASO DE HABER SIDO DECLARADAS NO HAYAN SIDO ACEPTADAS POR POSITIVA.

3. DEFINICIONES DE LOS AMPAROS ADICIONALES:

3.1. AUXILIO FUNERARIO:

POSITIVA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE AMPARO E INDICADO EN EL CERTIFICADO DE SEGURO CUANDO OCURRA EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO HAYA SIDO RECONOCIDO EL AMPARO BÁSICO.

3.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PAGO DE CAPITAL

POSITIVA PAGARÁ, SALVO LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA INDICADA EN EL CERTIFICADO DE SEGURO PARA ESTE AMPARO SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y ANTES DE CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, QUEDARE

INCAPACITADO EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE.

SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO COMO RESULTADO DE UNA LESIÓN O ENFERMEDAD, QUE LE IMPIDA TOTAL Y PERMANENTEMENTE REALIZAR SU OCUPACIÓN HABITUAL U OTRA, CUALQUIERA COMPATIBLE CON SU EDUCACIÓN, FORMACIÓN O EXPERIENCIA.

EN TODOS LOS CASOS SE AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CUANDO ÉSTA, ASÍ COMO EL EVENTO QUE DA ORIGEN A LA MISMA, SE PRODUZCAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEBERÁ SER CALIFICADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE, TAL COMO ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS), ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL), ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES (AFP), JUNTAS REGIONALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, Y/O JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CON BASE EN EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DEFINIDO POR EL GOBIERNO NACIONAL VIGENTE A LA FECHA DE CALIFICACIÓN. DICHO PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DEL ASEGURADO DEBERÁ SER MAYOR O IGUAL AL CINCUENTA PORCIENTO (50%).

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. UNA VEZ PAGADA LA SUMA ASEGURADA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EL SEGURO TERMINA Y POSITIVA QUEDARÁ LIBERADA DE TODA OBLIGACIÓN FRENTE AL CONTRATO DE SEGURO.

3.3. ENFERMEDADES GRAVES ANTICIPO DEL BÁSICO

POSITIVA, SALVO LAS EXCLUSIONES INDICADAS PARA EL PRESENTE AMPARO, PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA EN EL CERTIFICADO DE SEGURO, SI DURANTE SU VIGENCIA UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN, LE DESCUBRE Y DIAGNOSTICA POR PRIMERA VEZ, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO, LA PRESENCIA O PADECIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: CÁNCER, INFARTO DEL MIOCARDIO, FALLA RENAL (ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA FINAL – INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA), ESCLEROSIS MÚLTIPLE, DERRAME E INFARTO CEREBRAL, CIRUGÍA DE ARTERIAS CORONARIAS (BYPASS), TRASPLANTE DE ÓRGANOS, GRAN QUEMADO, PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN/ CEGUERA, PÉRDIDA TOTAL DE LA AUDICIÓN, PARÁLISIS, ESTADO DE COMA, TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA, TUMOR CEREBRAL BENIGNO, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, ENFERMEDAD DE PARKINSON Y ANEMIA APLÁSICA, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN TRANSCURRIDO NOVENTA (90) DÍAS DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO.

PARA TODOS LOS EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO, LAS AFECCIONES CUBIERTAS QUEDAN DEFINIDAS ASÍ:

- **CÁNCER:** ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO Y EXPANSIÓN INCONTROLADA DE CÉLULAS MALIGNAS E INVASIÓN DE TEJIDOS. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER EVIDENCIADO POR UNA HISTOLOGÍA CLARAMENTE DEFINIDA. EL TÉRMINO CÁNCER TAMBIÉN INCLUYE LAS LEUCEMIAS Y LAS ENFERMEDADES MALIGNAS DEL SISTEMA LINFÁTICO COMO LA ENFERMEDAD DE HODGKIN.
- **CÁNCER IN SITU DE MAMA Y DE PRÓSTATA:** PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO SE

RECONOCERÁ EL 20% DE LA SUMA ASEGURADA DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES AL MOMENTO DE SER DIAGNOSTICADO EL ASEGURADO CON CÁNCER DE MAMA Y DE PRÓSTATA EN LA ETAPA 0 (INSITU) O ESTADOS I, IA O IB., CON UN LÍMITE MÁXIMO DE VALOR ASEGURADO DE COP\$50.000.000. SI EL ASEGURADO ES DIAGNOSTICADO LA ETAPA II, III O IV SE PAGARÁ EL 100% DE LA SUMA ASEGURADA DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES, DEDUCIENDO CUALQUIER PAGO QUE SE HAYA REALIZADO ANTERIORMENTE POR ESTA COBERTURA.

- **INFARTO DEL MIOCARDIO:** MUERTE DE UNA PARTE DEL MÚSCULO CARDÍACO COMO RESULTADO DE UN FLUJO SANGUÍNEO INSUFICIENTE HACIA EL ÁREA COMPROMETIDA. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR TODOS LOS SIGUIENTES CRITERIOS: UNA HISTORIA DE DOLOR TORÁCICO TÍPICO, NUEVOS CAMBIOS CARACTERÍSTICOS DE INFARTO EN EL ECG ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS ESPECÍFICAS DE INFARTO, TROPONINAS U OTROS MARCADORES BIOQUÍMICOS.
- **FALLA RENAL (ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA FINAL – INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA) ESTADO 5:** ETAPA FINAL DE ENFERMEDAD RENAL QUE SE MANIFIESTA POR UNA FALLA CRÓNICA E IRREVERSIBLE DE LA FUNCIÓN DE AMBOS RIÑONES, COMO RESULTADO DE LO CUAL SE HACE NECESARIO REALIZAR REGULARMENTE DIÁLISIS RENAL (HEMODIÁLISIS O DIÁLISIS PERITONEAL) O REQUIRIÓ DE UN TRASPLANTE RENAL. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA.
- **ESCLEROSIS MÚLTIPLE:** DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE ESTABLECIDO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA. LA ENFERMEDAD DEBE SER EVIDENCIADA POR SÍNTOMAS CLÍNICOS TÍPICOS DE DESMIELINIZACIÓN, DETERIORO DE LAS FUNCIONES MOTORAS Y SENSORIALES Y ADEMÁS POR HALLAZGOS TÍPICOS EN LA RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA.

PARA PROBAR EL DIAGNÓSTICO, EL ASEGURADO DEBE EXHIBIR ANOMALÍAS NEUROLÓGICAS QUE HAYAN EXISTIDO POR UN PERÍODO CONTINUO DE POR LO MENOS SEIS (6) MESES O HABER TENIDO AL MENOS DOS (2) EPISODIOS CLÍNICAMENTE DOCUMENTADOS CON UN INTERVALO DE UN (1) MES ENTRE ELLOS O UN EPISODIO CLÍNICAMENTE DOCUMENTADO JUNTO CON HALLAZGOS CARACTERÍSTICOS EN EL FLUIDO CEREBROESPINAL, COMO ASÍ TAMBIÉN LESIONES CEREBRALES ESPECÍFICAS DETECTADAS EN LA RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA.
- **DERRAME E INFARTO CEREBRAL:** CUALQUIER INCIDENTE CEREBROVASCULAR QUE PRODUCE SECUELAS NEUROLÓGICAS PERMANENTES Y QUE INCLUYE INFARTO DE TEJIDO CEREBRAL, HEMORRAGIA Y EMBOLIZACIÓN ORIGINADA EN UNA FUENTE EXTRACRANEAL. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR SÍNTOMAS CLÍNICOS TÍPICOS COMO ASÍ TAMBIÉN HALLAZGOS TÍPICOS EN LA TAC (TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA) DE CEREBRO Y RNM (RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA) DE CEREBRO. DEBEN DOCUMENTARSE PRUEBAS DE DEFICIENCIA NEUROLÓGICA DE POR LO MENOS TRES (3) MESES A PARTIR DE LA FECHA DE DIAGNÓSTICO.
- **CIRUGÍA DE ARTERIAS CORONARIAS (BYPASS):** LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA A TÓRAX ABIERTO PARA LA CORRECCIÓN DE DOS O MÁS ARTERIAS CORONARIAS, QUE ESTÁN ESTRECHADAS U OCLUIDAS, POR EL IMPLANTE DE UN PUENTE ARTERIAL CORONARIO. LA NECESIDAD DE TAL CIRUGÍA DEBE HABER SIDO PROBADA POR ANGIOGRAFÍA CORONARIA Y LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA DEBE SER CONFIRMADA POR UN

ESPECIALISTA.

PARÁGRAFO: PARA EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO, LA RECLAMACIÓN DEBERÁ EFECTUARSE DESPUÉS DE LA CIRUGÍA DE ARTERIAS CORONARIAS, YA QUE EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO ÚNICAMENTE SE PAGARÁ EL AMPARO BÁSICO.

- **TRASPLANTE DE ÓRGANOS:** LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE LA CUAL SE TRASPLANTA UN ÓRGANO (O PARTE DE UN ÓRGANO), PROVENIENTE DE UN DONANTE HUMANO FALLECIDO O VIVO. LOS ÚNICOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS QUE ESTÁN CUBIERTOS BAJO ESTE ANEXO SON:
 - CORAZÓN
 - PULMÓN
 - PÁNCREAS
 - RIÑÓN
 - HÍGADO
 - MÉDULA ÓSEA
 - INTESTINO DELGADO
 - ALGUNA COMBINACIÓN DE ÉSTOS, SIEMPRE QUE SEA MÉDICAMENTE NECESARIO.

PARÁGRAFO: PARA EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO, LA RECLAMACIÓN DEBERÁ EFECTUARSE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEL TRASPLANTE DEL ÓRGANO, YA QUE EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO ÚNICAMENTE SE PAGARÁ EL AMPARO BÁSICO.

- **GRAN QUEMADO:** POSITIVA, RECONOCERÁ EL VALOR DE LA SUMA CONTRATADA SI COMO CONSECUENCIA DE UNA QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO O MAYOR, SUPERFICIAL O PROFUNDA SE PRESENTA COMPROMISO DE MÁS DEL 70% DE LA SUPERFICIE CORPORAL DE LA PIEL.
- **PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN/ CEGUERA:** ES LA PÉRDIDA TOTAL, PERMANENTE E IRREVERSIBLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS, COMO RESULTADO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE. AGUDEZA VISUAL DEBIDAMENTE DOCUMENTADA DE 20/400 O INFERIOR, O CAMPOS VISUALES DE MENOS DE DIEZ (10) GRADOS EN EL MERIDIANO MAYOR O PARTE CENTRAL, DIAGNOSTICADA POR CAMPIMETRÍA. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR OFTALMÓLOGO Y EVIDENCIADO POR RESULTADOS DE EXÁMENES ESPECÍFICOS, TALES COMO POTENCIALES EVOCADOS VISUALES, CAMPIMETRÍA, OTROS.
- **PÉRDIDA TOTAL DE LA AUDICIÓN:** ES LA PÉRDIDA TOTAL, PERMANENTE E IRREVERSIBLE DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS, COMO RESULTADO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE. LAS PÉRDIDAS AUDITIVAS NEUROSENSORIALES GENERALMENTE SON IRREVERSIBLES Y PARA ESTE AMPARO, SE INCLUIRÁN LAS PÉRDIDAS AUDITIVAS MAYORES DE NOVENTA Y CINCO (95) DECIBELES. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR OTORRINOLARINGÓLOGO Y EVIDENCIADO POR RESULTADOS DE EXÁMENES ESPECÍFICOS, TALES COMO AUDIOMETRÍAS, LOGO AUDIOMETRÍAS Y POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS.
- **PARÁLISIS:** SE PRESENTA CUANDO OCURRE LA PÉRDIDA TOTAL E IRREVERSIBLE DEL USO DE DOS O MÁS EXTREMIDADES DEBIDA A PARÁLISIS SECUNDARIA A ENFERMEDAD O A ACCIDENTE DE LA MÉDULA ESPINAL. ESTAS CONDICIONES DEBEN SER DOCUMENTADAS MÉDICAMENTE POR AL MENOS TRES (3) MESES DESPUÉS DE SU

DIAGNÓSTICO. SE EXCLUYE LA PARÁLISIS DEBIDA A SÍNDROME DE GUILLAIN- BARRÉ, LESIONES AUTO-INFLINGIDAS, CONDICIONES O TRASTORNOS DE NATURALEZA TEMPORAL O PARÁLISIS PARCIAL.

- **ESTADO DE COMA:** PÉRDIDA CONTINÚA DE LA CONCIENCIA DE POR LO MENOS NOVENTA Y SEIS (96) HORAS DE DURACIÓN, QUE PRODUZCA DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE DE GRADO SEVERO, CON UNA PUNTUACIÓN DE GLASGOW DE 4 O MENOS, QUE PROVOQUE INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR INDEPENDIEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

DURANTE TODO EL PERÍODO DE PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA ES NECESARIO QUE EL ASEGURADO HAYA REQUERIDO CUIDADOS INTENSIVOS, INCLUYENDO VENTILACIÓN ASISTIDA.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: SE CONSIDERAN: BAÑARSE (CAPACIDAD DE TOMAR UN BAÑO O DUCHARSE), VESTIRSE Y DESVESTIRSE, HIGIENE PERSONAL (CAPACIDAD DE USAR EL LAVATORIO Y MANTENER UN NIVEL RAZONABLE DE HIGIENE), MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE AL INTERIOR DE UN MISMO NIVEL O PISO), CONTINENCIA (CONTROL SOBRE LOS ESFÍNTERES), COMER/ BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA) O CAUSAR POSTRACIÓN E INCAPACIDAD PARA LEVANTARSE SIN ASISTENCIA DE TERCERAS PERSONAS. ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE TRES (3) MESES.

- **TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA:** TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA CON UN DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE CON SÍNTOMAS CLÍNICOS PERSISTENTES TRASTORNO DE LA FUNCIÓN CEREBRAL QUE DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN LOS TEST NEURO RADIOLÓGICOS (POR EJEMPLO: TAC O RNM DE CEREBRO). EL TRAUMA DEBE PROVOCAR UNA INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR INDEPENDIEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. LA LESIÓN CEREBRAL DEBE SER CAUSADA EXCLUSIVA Y DIRECTAMENTE POR UNA CAUSA EXTERNA, SÚBITA, FORTUITA Y VIOLENTA.
- **TUMOR CEREBRAL BENIGNO:** DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE MASA TUMORAL DE CARACTERÍSTICAS BENIGNAS LIMITADO AL CEREBRO, LAS MENINGES, NERVIOS CRANEALES O GLÁNDULA PITUITARIA, CUYO DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DEBE SER ESTABLECIDO POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, CON LAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS CORRESPONDIENTES, TALES COMO ESCANOGRAFÍA Y RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR, ASÍ COMO RESULTADO DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA CONFIRMATORIA. EL TUMOR DEBE REQUERIR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA O PRODUCIR DÉFICIT NEUROLÓGICO OBJETIVO DE FORMA IRREVERSIBLE.
- **ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:** DIAGNÓSTICO CLÍNICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DADO POR UNA ENFERMEDAD PROGRESIVA DEGENERATIVA DEL CEREBRO QUE SE CARACTERIZA POR UNA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD INTELECTUAL LA CUAL DEBE SER CONFIRMADA POR UN NEURÓLOGO A UN PSIQUIATRA. EL ASEGURADO DEBE PRESENTAR ALTERACIONES DE LA MEMORIA, EL RAZONAMIENTO Y LA CAPACIDAD DE PERCIBIR, COMPRENDER, EXPRESAR O DAR EFECTO A LAS IDEAS. LA RECLAMACIÓN SÓLO SERÁ PROCEDENTE SI LA ENFERMEDAD HA ALCANZADO EL PUNTO DONDE HAY SÍNTOMAS CLÍNICOS PERMANENTES DE DEMENCIA. LA

ENFERMEDAD DEBE PRODUCIR COMO RESULTADO UNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE REALIZAR INDEPENDIENTEMENTE TRES (3) O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: SE CONSIDERAN: BAÑARSE (CAPACIDAD DE TOMAR UN BAÑO O DUCHARSE), VESTIRSE Y DESVESTIRSE, HIGIENE PERSONAL (CAPACIDAD DE USAR EL LAVATORIO Y MANTENER UN NIVEL RAZONABLE DE HIGIENE), MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE AL INTERIOR DE UN MISMO NIVEL O PISO), CONTINENCIA (CONTROL SOBRE LOS ESFÍNTERES), COMER/ BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA) O CAUSAR POSTRACIÓN E INCAPACIDAD PARA LEVANTARSE SIN ASISTENCIA DE TERCERAS PERSONAS. ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE TRES (3) MESES.

- **ENFERMEDAD DE PARKINSON:** DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON PRIMARIA O IDIOPÁTICA (TODAS LAS OTRAS FORMAS DE PARKINSONISMO ESTÁN EXCLUIDAS), CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA, CON LAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS CORRESPONDIENTES, BASADO EN SIGNOS CLAROS DE AFECCIÓN NEUROLÓGICA PROGRESIVA, CON ALTERACIONES CLÍNICAS PERMANENTES EN LA FUNCIÓN MOTORA, TEMBLOR ASOCIADO Y RIGIDEZ. LA ENFERMEDAD DEBE PROVOCAR INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR INDEPENDIENTEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: SE CONSIDERAN: BAÑARSE (CAPACIDAD DE TOMAR UN BAÑO O DUCHARSE), VESTIRSE Y DESVESTIRSE, HIGIENE PERSONAL (CAPACIDAD DE USAR EL LAVATORIO Y MANTENER UN NIVEL RAZONABLE DE HIGIENE), MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE AL INTERIOR DE UN MISMO NIVEL O PISO), CONTINENCIA (CONTROL SOBRE LOS ESFÍNTERES), COMER/ BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA) O CAUSAR POSTRACIÓN E INCAPACIDAD PARA LEVANTARSE SIN ASISTENCIA DE TERCERAS PERSONAS. ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE TRES (3) MESES.
- **ANEMIA APLÁSICA:** DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE FALLA MEDULAR CRÓNICA PERSISTENTE, CONFIRMADO POR BIOPSIA, QUE RESULTA EN ANEMIA, NEUTROPENIA Y TROMBOCITOPENIA SE REQUIERE DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ANEMIA APLÁSICA POR PARTE DE UN ESPECIALISTA (HEMATÓLOGO) Y QUE HAYA REQUERIDO PARA SU TRATAMIENTO, EL TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.

4. LIMITACIONES:

4.1. EDADES

LA EDAD MÍNIMA DE INGRESO DE LOS ASEGURADOS SERÁ DE DIEZY OCHO (18) AÑOS. LA EDAD MÁXIMA DE INGRESO Y DE PERMANENCIA SERÁN LAS DESCRITAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

4.2. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

EL TOMADOR DEBE GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS MÍNIMOS DE ASEGURABILIDAD SEÑALADOS POR POSITIVA, PARA ASUMIR LOS RIESGOS ACORDE CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 1056 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

4.3. PRIMA MINIMA

PARA LA PÓLIZA, INDEPENDIEMENTE DE LA VIGENCIA CONTRATADA Y/O PERIODICIDAD DE PAGO, ES EL EQUIVALENTE A UN CUARTO (1/4) DE SALARIO MÍNIMO LEGAL MENSUAL VIGENTE.

5. DEFINICIONES

5.1. TOMADOR:

ES LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA QUE OBRANDO POR CUENTA PROPIA O AJENA CONTRATA EL SEGURO Y A QUIEN CORRESPONDEN LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE DEL MISMO SE DERIVEN, COMO EL PAGO DE LA PRIMA, SALVO AQUELLOS QUE CORRESPONDAN AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO.

5.2. ASEGURADOR:

ES LA PERSONA JURÍDICA QUE ASUME LOS RIESGOS Y QUE SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA ELLOS SEGÚN LAS NORMAS VIGENTES; PARA ESTE CASO ES POSITIVA.

5.3. BENEFICIARIO:

PERSONA A QUIÉN EL ASEGURADO RECONOCE EL DERECHO A PERCIBIR EL PAGO DEL VALOR CONTRATADO EN LA PÓLIZA EN LA CUANTÍA EN QUE SE DESIGNE.

5.4. ASEGURADO:

PERSONA NATURAL SOBRE CUYA VIDA SE ESTIPULA EL SEGURO Y QUIÉN DEBERÁ ACEPTAR EXPRESAMENTE.

5.5. GRUPO ASEGURABLE.

ES LA POBLACIÓN QUE CUMPLE CON LOS REQUISITOS Y POLÍTICAS PARA SER OBJETO DE LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO, TIENE UN VÍNCULO LEGAL CON EL TOMADOR, ES INFORMA POR ÉL Y ACEPTADA POR POSITIVA.

6. PAGO DE PRIMAS

SEGÚN LO ESTIPULADO EN EL ARTÍCULO 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PAGO DE LA PRIMA DEBERÁ HACERLO A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA DE LA PÓLIZA.

PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS ANUALES O FRACCIONADAS, POSITIVA CONCEDE SIN RECARGO DE INTERESES UN PLAZO DE GRACIA DE UN (1) MES A PARTIR DE LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO. DURANTE DICHO PLAZO SE CONSIDERARÁ EL SEGURO EN VIGOR Y POR CONSIGUIENTE SI OCURRIERE ALGÚN SINIESTRO, POSITIVA TENDRÁ LA OBLIGACIÓN DE PAGAR EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDIENTE, PREVIA DEDUCCIÓN DE LAS PRIMAS OFRACCIONES CAUSADAS PENDIENTES DE PAGO POR PARTE DEL TOMADOR, HASTA

COMPLETAR LA ANUALIDAD RESPECTIVA.

AL VENCERSE EL PERIODO DE GRACIA SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y POSITIVA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD POR SINIESTROS OCURRIDOS DESPUÉS DE LA EXPIRACIÓN DE DICHO PLAZO.

LAS PRIMAS ESTÁN CALCULADAS CON FORMA DE PAGO ANUAL, PERO PUEDEN SER PAGADAS EN FRACCIONES SEMESTRALES, TRIMESTRALES O MENSUALES MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LOS RECARGOS CORRESPONDIENTES, CUMPLIENDO CON LA PRIMA MÍNIMA ESTABLECIDA EN ESTE CONDICIONADO.

7. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

EL TOMADOR Y LOS ASEGURADOS INDIVIDUALMENTE CONSIDERADOS ESTÁN OBLIGADOS A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DEL RIESGO, SEGÚN EL CUESTIONARIO QUE LE SEA PROPUESTO POR POSITIVA.

LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDOS POR POSITIVA, LA HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, PRODUCEN LA NULIDAD RELATIVA DEL PRESENTE CONTRATO. SI LA DECLARACIÓN NO SE HACE CON SUJECCIÓN A UN CUESTIONARIO DETERMINADO, LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD PRODUCEN IGUAL EFECTO SI EL TOMADOR HA ENCUBIERTO POR CULPA, HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE IMPLIQUEN AGRAVACIÓN OBJETIVA DEL ESTADO DEL RIESGO.

SI LA INEXACTITUD O LA RETICENCIA PROVIENEN DE ERROR INCULPABLE DEL TOMADOR, EL CONTRATO NO SERÁ NULO, PERO POSITIVA SÓLO ESTARÁ OBLIGADA, EN CASO DE SINIESTRO, A PAGAR UN PORCENTAJE DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA EQUIVALENTE AL QUE LA TARIFA O LA PRIMA ESTIPULADA EN EL CONTRATO REPRESENTAN RESPECTO DE LA TARIFA O LA PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO.

SI LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD PROVIENEN DEL ASEGURADO, SE APLICARÁN LAS MISMAS SANCIONES RESPECTO DE SU COBERTURA INDIVIDUAL.

AUNQUE POSITIVA PRESCINDA DE EXAMEN MÉDICO, EL ASEGURADO NO PODRÁ CONSIDERARSE EXENTO DE LAS OBLIGACIONES REFERIDAS EN ESTA CLÁUSULA, NI DE LAS SANCIONES A QUE SU INFRACCIÓN DIERE LUGAR.

8. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

EL PRESENTE CONTRATO SE CELEBRA CON BASE EN LOS DATOS SUMINISTRADOS POR EL TOMADOR Y/O ASEGURADO: DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD, DOMICILIO, PROFESIÓN, OCUPACIÓN Y DEMÁS DATOS CONTENIDOS EN LOS CUESTIONARIOS PRESENTADOS POR POSITIVA, TODO LO CUAL HA DETERMINADO LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO Y EL CÁLCULO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, QUEDANDO OBLIGADO A NOTIFICAR A POSITIVA CUALQUIER MODIFICACIÓN EN EL ESTADO DEL RIESGO, NOTIFICANDO POR ESCRITO LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE SIGNIFIQUE AGRAVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

SI LA MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO LE ES EXTRAÑA AL TOMADOR Y/O ASEGURADO, DEBERÁ DAR AVISO SOBRE EL PARTICULAR DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A AQUEL EN QUE TENGA CONOCIMIENTO DE ELLA, CONOCIMIENTO QUE SE PRESUME TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS DESDE EL MOMENTO DE LA MODIFICACIÓN.

DEPENDIENDO DE LA MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO, POSITIVA PODRÁ AJUSTAR LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y ECONÓMICAS DEL PRESENTE CONTRATO A PARTIR DE DICHA MODIFICACIÓN.

9. INEXACTITUD RESPECTO DE LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

SI RESPECTO A LA EDAD DEL ASEGURADO SE COMPROBARE INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, SE APLICARÁN LAS SIGUIENTES DISPOSICIONES:

9.1. SI LA EDAD VERDADERA ESTÁ FUERA DE LOS LÍMITES AUTORIZADOS POR LA TARIFA DE POSITIVA, EL CONTRATO QUEDARÁ SUJETO A LA SANCIÓN PREVISTA EN EL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

9.2. SI ES MAYOR QUE LA DECLARADA, EL SEGURO SE REDUCIRÁ EN LA PROPORCIÓN NECESARIA PARA QUE SU VALOR GUARDE RELACIÓN MATEMÁTICA CON LA PRIMA ANUAL PERCIBIDA POR POSITIVA.

9.3. SI ES MENOR, EL VALOR DEL SEGURO SE AUMENTARÁ EN LA MISMA PROPORCIÓN ESTABLECIDA EN EL LITERAL 9.2.

10. TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

EL SEGURO DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS POR EL PRESENTE CONTRATO Y SUS AMPAROS ADICIONALES, TERMINA POR LAS SIGUIENTES CAUSAS:

10.1. POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA VENCIDO EL TÉRMINO SEÑALADO EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, O EL PLAZO QUE SE HAYA PACTADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

10.2. CUANDO EL TOMADOR O EL ASEGURADO SOLICITE POR ESCRITO LA EXCLUSIÓN DEL SEGURO.

10.3. A LA TERMINACIÓN O REVOCACIÓN DEL CONTRATO POR PARTE DEL TOMADOR O ASEGURADO.

10.4. A LA TERMINACIÓN DEL PERÍODO ANUAL EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA ESTABLECIDA EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

10.5. AL MOMENTO EN QUE A UN ASEGURADO SE LE PAGUE EL 100% DE LA SUMA ASEGURADA CONTEMPLADA EN EL AMPARO BÁSICO O EN EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PAGO CAPITAL, SI HAN SIDO CONTRATADOS POR EL TOMADOR.

10.6. CUANDO NO SE CUMPLA CON LA PRIMA MÍNIMA ESTABLECIDA PARA LA PÓLIZA.

10.7. POR LA NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA POR VOLUNTAD DEL TOMADOR O LA ASEGURADORA.

11. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

LA PRESENTE PÓLIZA PODRÁ SER REVOCADA POR EL TOMADOR EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO DADO A LA COMPAÑÍA. LA REVOCACIÓN DA DERECHO AL TOMADOR A RECUPERAR LA PRIMA NO DEVENGADA, ES DECIR, LA QUE CORRESPONDE AL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA EN QUE COMIENZA A SURTIR EFECTO LA REVOCACIÓN Y LA DE VENCIMIENTO DEL CONTRATO; ESTE CÁLCULO SE REALIZARÁ A PRORRATA.

PARÁGRAFO: EN CASO DE QUE LA COMPAÑÍA RECIBA SUMA ALGUNA DESPUÉS DE LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE REVOCACIÓN, ESTO NO HARÁ PERDER LOS EFECTOS DE ESTA. EN CONSECUENCIA, CUALQUIER PAGO POSTERIOR SERÁ REEMBOLSADO.

12. RENOVACIÓN

CON ANTICIPACIÓN A LA FECHA DE VENCIMIENTO DEBE HABER ORDEN EXPRESA DEL TOMADOR PARA RENOVAR EL CONTRATO. CUANDO NO SE MANIFIESTE LA DECISIÓN DE CONTINUAR CON EL SEGURO, ESTE SE DARÁ POR TERMINADO A LA HORA 24 DE LA FECHA ESTIPULADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA RENOVACIÓN, EL TOMADOR, EN CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA PARA LA PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, ACTUALIZARÁ EL FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE CLIENTES- SARLAFT Y EL FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - SEGUROS COLECTIVOS.

LO ANTERIOR, SIN PERJUICIO DE LA FACULTAD DE POSITIVA PARA EXIGIR CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE ESTIME CONVENIENTE PARA LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.

13. CONVERTIBILIDAD

LOS ASEGURADOS MENORES DE SETENTA (70) AÑOS DE EDAD QUE SE SEPARAN DEL GRUPO ASEGURADO DESPUÉS DE HABER PERMANECIDO EN ÉL POR LO MENOS DURANTE UN (1) AÑO CONTINUO, TENDRÁN DERECHO A ASEGURARSE POR EL AMPARO BÁSICO SIN NUEVOS REQUISITOS MÉDICOS O DE ASEGURABILIDAD, HASTA POR UNA SUMA IGUAL A LA QUE TENGAN BAJO ESTE SEGURO PERO SIN BENEFICIOS NI AMPAROS ADICIONALES, EN CUALQUIERA DE LOS PLANES DE SEGURO INDIVIDUAL DE LOS QUE EMITE POSITIVA, CON EXCEPCIÓN DE LOS PLANES TEMPORALES O CRECIENTES, SIEMPRE Y CUANDO LO SOLICITE DENTRO DE UN (1) MES CONTADO A PARTIR DE SU RETIRO DEL GRUPO ASEGURADO.

EL SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL SE EMITIRÁ CON LAS CONDICIONES DE ADMISIÓN DE RIESGO QUE TRAÍA, PERO CON LOS AJUSTES EN LA TARIFA DEL PLAN QUE SE TOMA TENIENDO EN CUENTA LA EDAD ALCANZADA POR EL ASEGURADO Y SU OCUPACIÓN EN LA FECHA DE ESTA SOLICITUD.

14. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

SON LAS PERSONAS DESIGNADAS POR EL ASEGURADO. SI TAL DESIGNACIÓN SE HACE INEFICAZ O QUEDA SIN EFECTOS, SE TENDRÁ EN CUENTA LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 1142 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

15. AVISO DE SINIESTRO

EN CASO DE SINIESTRO EN RELACIÓN CON CUALQUIERA DE LOS ASEGURADOS BAJO EL PRESENTE CONTRATO, EL TOMADOR O BENEFICIARIO DEBERÁ AVISAR A POSITIVA DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A AQUEL EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER SU OCURRENCIA.

16. PAGO DE SINIESTROS

DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, POSITIVA PAGARÁ EL VALOR DEL SEGURO DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE EL BENEFICIARIO ACREDITE, AUN EXTRAJUDICIALMENTE, SU DERECHO ANTE POSITIVA.

EL TOMADOR O EL BENEFICIARIO, A PETICIÓN DE POSITIVA, DEBERÁ HACER TODO LO QUE ESTÉ A SU ALCANCE PARA PERMITIRLE LA INVESTIGACIÓN DEL SINIESTRO. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN, POSITIVA PODRÁ DEDUCIR DEL PAGO EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE CAUSE DICHO INCUMPLIMIENTO, SEGÚN SE DEMUESTRE MEDIANTE LOS MECANISMOS LEGALES VIGENTES.

POSITIVA PAGARÁ POR CONDUCTO DEL TOMADOR A LOS BENEFICIARIOS, O DIRECTAMENTE A ÉSTOS, LA SUMA QUE ESTÁ OBLIGADA POR EL PRESENTE SEGURO Y SUS ANEXOS, SI LOS HUBIERE.

17. RECLAMACIÓN

SALVO LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LOS BENEFICIARIOS PODRÁN ALLEGAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS COMO PRUEBA DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y DE SU DERECHO A PERCIBIR EL PAGO:

17.1. AMPARO BÁSICO Y AUXILIO FUNERARIO

- ✓ DOCUMENTO FORMAL DE RECLAMACIÓN
- ✓ REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN
- ✓ DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O BENEFICIARIOS DE LEY
- ✓ FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (SARLAFT) DE CADA UNO DE LOS BENEFICIARIOS
- ✓ CERTIFICACIÓN BANCARIA DE CADA UNO DE LOS BENEFICIARIOS
- ✓ PARA CÓNYUGES: REGISTRO CIVIL DE MATRIMONIO Y/O DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA LAS UNIONES DE HECHO.

17.2. AMPARO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- ✓ DOCUMENTO DE RECLAMACIÓN FORMAL.
- ✓ FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO.
- ✓ HISTORIA CLÍNICA COMPLETA.
- ✓ DICTAMEN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DE ACUERDO CON EL

MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EXPEDIDO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

- ✓ FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (SARLAFT).
- ✓ CERTIFICACIÓN BANCARIA PARA LA TRANSFERENCIA.

17.3. AMPARO ENFERMEDADES GRAVES

- ✓ DOCUMENTO DE RECLAMACIÓN FORMAL.
- ✓ DIAGNÓSTICO MÉDICO Y/O HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DEL PADECIMIENTO Y/O ENFERMEDAD A RECLAMAR.
- ✓ FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
- ✓ FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (SARLAFT)
- ✓ CERTIFICACIÓN BANCARIA

LO ANTERIOR, SIN PERJUICIO DE LA FACULTAD DE POSITIVA PARA EXIGIR CUALQUIER OTRA PRUEBA O DOCUMENTO QUE ESTIME CONVENIENTE Y GUARDE RELACIÓN CON LA RECLAMACIÓN.

18. VIGENCIA PÓLIZA

ESTA PÓLIZA TENDRÁ UNA VIGENCIA DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA HORA Y FECHA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SALVO QUE SE ACUERDE CON EL TOMADOR UNA VIGENCIA MENOR A UN (1) AÑO, CASO EN EL CUAL SE INCLUIRÁ EL ANEXO ACLARATORIO CORRESPONDIENTE.

19. NOTIFICACIONES

PARA CUALQUIER NOTIFICACIÓN QUE DEBAN HACERSE LAS PARTES PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ESTIPULACIONES ANTERIORES DEBERÁ CONSIGNARSE POR ESCRITO (CUANDO LA LEY ASÍ LO EXIJA), Y SERÁ PRUEBA SUFICIENTE DE LA NOTIFICACIÓN LA CONSTANCIA DEL ENVÍO DEL AVISO, POR CORREO CERTIFICADO O CORREO ELECTRÓNICO, DIRIGIDO A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA POR LAS PARTES.

20. PRESCRIPCIÓN

DE ACUERDO CON LO PREVISTO POR EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO PRESCRIBIRÁN EN FORMA ORDINARIA O EXTRAORDINARIA.

LA PRESCRIPCIÓN ORDINARIA SERÁ DE DOS (2) AÑOS Y EMPEZARÁ A CORRER DESDE EL MOMENTO EN QUE EL INTERESADO HAYA TENIDO O DEBIDO TENER CONOCIMIENTO DEL HECHO QUE DA BASE A LA ACCIÓN.

LA PRESCRIPCIÓN EXTRAORDINARIA SERÁ DE CINCO (5) AÑOS, CORRERÁ CONTRA TODA CLASE DE PERSONAS Y EMPEZARÁ A CONTARSE DESDE EL MOMENTO EN QUE NACE EL RESPECTIVO DERECHO.

21. DISPOSICIONES LEGALES

PARA LOS DEMÁS EFECTOS CONTEMPLADOS EN ESTE CONTRATO, LA PRESENTE PÓLIZA Y

SUS ANEXOS SE REGISTRÁN POR LO ESTIPULADO EN EL CÓDIGO DE COMERCIO Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES Y COMPLEMENTARIAS.

22. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LAS NORMAS LEGALES DE COLOMBIA SOBRE EL TEMA DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS, EL TOMADOR SE OBLIGA CON POSITIVA A DILIGENCIAR CON DATOS CIERTOS Y REALES LAS DECLARACIONES QUE SE ESTIPULEN EN EL FORMULARIO DESIGNADO CON TAL VERACIDAD Y A SUMINISTRAR LOS DOCUMENTOS QUE SE SOLICITEN COMO ANEXO, AL INICIO DE LA PÓLIZA Y ACTUALIZARLA DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA (POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO), PARA EL CASO DE BENEFICIARIOS AL MOMENTO DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

23. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO, SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.